

## Marché des groupes à affinités

### Marijuana à des fins médicales – Autorisation préalable

<b>1 Instructions</b> Comment remplir le présent formulaire	<p>Le présent formulaire a pour but d'obtenir les renseignements médicaux nécessaires à l'évaluation de votre demande relative à la marijuana à des fins médicales au titre de votre régime d'assurance médicaments. Pour éviter tout retard dans le traitement de votre demande, veillez à ce que tous les renseignements soient complets, y compris les coordonnées de la personne-ressource. Certaines sections doivent être remplies par le participant et d'autres, par le professionnel de la santé. Le fait de remplir ce formulaire ne garantit pas que votre demande sera approuvée. Tous les frais exigés pour remplir le présent formulaire sont à la charge du participant.</p> <p><b>Vous devez attendre la décision concernant l'autorisation préalable avant de vous procurer de la marijuana à usage médical ou de vous enregistrer auprès d'un producteur autorisé. Si vous avez le document autorisant l'usage de la marijuana à des fins médicales, vous devez le garder avec vous jusqu'à ce que vous receviez d'autres instructions. Veuillez donc NE PAS vous enregistrer auprès d'un producteur autorisé avant de recevoir d'autres instructions de Manuvie ou d'un gestionnaire de dossiers de Manuvie.</b></p>			
<b>2 Renseignements sur le participant et le patient</b> À remplir par le participant	<b>Numéro de régime</b>	<b>Numéro d'identification</b>		
Nom du participant (prénom et nom de famille)		Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe à la naissance <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme	
Adresse du participant (numéro, rue et appartement)		Ville	Province	Code postal
Nom du patient (prénom et nom de famille)		Date de naissance du patient (JJ/MM/AAAA)	Lien avec le participant	
Numéro de téléphone du patient (jour)		Adresse de courriel du patient (facultatif)		
La marijuana à des fins médicales est-elle couverte par un autre régime auquel participe le patient? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
<b>3 Achat de marijuana à des fins médicales</b> À remplir par le participant	Le patient s'est-il déjà procuré de la marijuana à des fins médicales? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si oui, auprès de quel producteur autorisé s'est-il procuré la marijuana à des fins médicales?				
Si le patient s'est déjà procuré de la marijuana à des fins médicales, veuillez joindre : <ul style="list-style-type: none"> <li>• une facture du producteur autorisé détaillant les frais;</li> <li>• une copie de l'étiquette du contenant ou de la carte client fournie par le producteur autorisé.</li> </ul>				
<b>4 Renseignements médicaux</b> À remplir par le professionnel de la santé	Produit :	<b>Marijuana à des fins médicales</b>		
Variété (facultatif) :				
Ratio THC/CBD (facultatif) :				
Posologie (grammes/jour) :				
Durée approximative :				
Forme posologique de la marijuana à des fins médicales : <input type="checkbox"/> Bourgeons séchés <input type="checkbox"/> Huile <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) :				

<p><b>4 Renseignements médicaux (suite)</b></p> <p>À remplir par le professionnel de la santé</p>	<p><b>Veillez sélectionner le diagnostic pour lequel la marijuana à des fins médicales a été prescrite et répondre aux questions correspondantes.</b></p>			
<p><input type="checkbox"/> Spasticité associée à la sclérose en plaques</p> <p>Depuis combien de temps le patient souffre-t-il de spasticité? _____</p> <p>Le patient prend-il des médicaments pour la spasticité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p><input type="checkbox"/> Nausées et vomissements chroniques associés à la chimiothérapie</p> <p>Le patient a-t-il eu un manque d'efficacité avec thérapies antiémétiques conventionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>				
<p><input type="checkbox"/> Douleur neuropathique chronique</p> <p>Depuis combien de temps le patient souffre-t-il de douleur neuropathique chronique? _____</p> <p>Le patient a-t-il une ordonnance pour les opioïdes pour gérer sa douleur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Veillez décrire le type et la localisation de la douleur neuropathie chronique de votre patient.</p>				
<p><input type="checkbox"/> Tout autre diagnostic</p> <p>Veillez indiquer le diagnostic précis de même que toute étude clinique menée au Canada qui appuient l'utilisation de marijuana à des fins médicales chez votre patient.</p>				
<p><b>Les demandes concernant la marijuana à des fins médicales, si elles sont acceptées, seront approuvées pour une période maximale d'une année seulement. Si votre patient nécessite toujours ce produit après un an, une nouvelle demande d'autorisation préalable devra être présentée chaque année.</b></p>				
<p><b>5 Médicaments déjà utilisés</b></p> <p>À remplir par le professionnel de la santé</p>	<p>Veillez indiquer ci-dessous tous les médicaments que le patient prend ou a déjà pris relativement au diagnostic sélectionné.</p>			
<p>Nom du médicament</p>	<p>Résultat du traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Intolérance (allergie/effet indésirable)</p> <p><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale</p>			
<p>Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pendant combien de temps le patient a-t-il pris ce médicament (préciser la durée)? _____</p>				
<p>Nom du médicament</p>	<p>Résultat du traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Intolérance (allergie/effet indésirable)</p> <p><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale</p>			
<p>Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pendant combien de temps le patient a-t-il pris ce médicament (préciser la durée)? _____</p>				
<p>Nom du médicament</p>	<p>Résultat du traitement :</p> <p><input type="checkbox"/> Intolérance (allergie/effet indésirable)</p> <p><input type="checkbox"/> Réponse inadéquate/non optimale</p>			
<p>Le patient continuera-t-il à prendre ce médicament en plus de suivre le nouveau traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Pendant combien de temps le patient a-t-il pris ce médicament (préciser la durée)? _____</p>				
<p><b>6 Renseignements sur le professionnel de la santé</b></p> <p>À remplir par le professionnel de la santé</p>	<p>Nom du professionnel de la santé</p>	<p>Spécialité</p>	<p>Numéro de téléphone</p>	<p>Poste</p>
<p>Adresse (numéro, rue et bureau)</p>		<p>Ville</p>	<p>Province</p>	<p>Code postal</p>

<p><b>7 Autorisation du professionnel de la santé</b> À remplir par le professionnel de la santé</p>	<p>Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complets. Les renseignements contenus dans la présente déclaration seront versés dans un dossier des Marchés des groupes à affinités de Manuvie auquel pourraient avoir accès le patient ou les tiers qui en ont reçu la permission ou qui sont dûment autorisés par la loi. En fournissant ces renseignements, je consens à ce que les renseignements contenus dans le présent formulaire soient divulgués.</p> <table border="1" data-bbox="456 243 1549 352"> <tr> <td data-bbox="456 243 1260 352">Signature du professionnel de la santé</td> <td data-bbox="1260 243 1549 352">Date (JJ/MM/AAAA)</td> </tr> </table> <p><b>Votre patient doit attendre pour la décision concernant l'autorisation préalable avant de se procurer de la marijuana à usage médical ou de s'enregistrer auprès d'un producteur autorisé. Votre patient doit garder le document autorisant l'usage de la marijuana à des fins médicales jusqu'à ce qu'il reçoive d'autres instructions.</b></p>	Signature du professionnel de la santé	Date (JJ/MM/AAAA)		
Signature du professionnel de la santé	Date (JJ/MM/AAAA)				
<p><b>8 Autorisation et signature du participant</b> À signer par le participant</p>	<p>Je confirme que</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• j'ai besoin, ou l'un des membres de ma famille couverts par mon régime a besoin, du médicament indiqué dans ce formulaire (ou d'un médicament semblable que Manuvie propose);</li> <li>• les renseignements que j'ai donnés dans cette demande sont exacts et complets.</li> </ul> <p>J'accepte que Manuvie rassemble, utilise, garde et communique mes renseignements personnels, ou ceux des membres de ma famille, pour traiter ma demande de règlement.</p> <p>J'accepte que Manuvie utilise aussi ces renseignements pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• gérer mon régime;</li> <li>• évaluer et traiter mes demandes de règlement;</li> <li>• faire des enquêtes et s'assurer de la qualité et de l'exactitude des demandes de règlement;</li> <li>• les programmes d'aide aux patients, si nécessaire.</li> </ul> <p>J'accepte que les personnes et les groupes suivants communiquent mes renseignements personnels avec Manuvie pour traiter ma demande de règlement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• professionnels de la santé, comme mon docteur, un docteur de Manuvie, un pharmacien et un infirmier;</li> <li>• fournisseurs de soins de santé, comme les pharmacies, les pharmacies privilégiées, les hôpitaux, les cliniques et les programmes d'aide aux patients;</li> <li>• fournisseurs de services de Manuvie.</li> </ul> <p>Si le régime de Manuvie m'oblige à acheter dans une pharmacie ou chez un fournisseur privilégié un médicament qui nécessite une autorisation préalable, un gestionnaire de dossiers peut communiquer avec moi, mon docteur ou les responsables du programme d'aide aux patients pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• me donner des renseignements sur le programme,</li> <li>• le transfert de mon ordonnance ou autorisation à la pharmacie ou fournisseur privilégié.</li> </ul> <p>Je comprends qu'une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est valide.</p> <p>La protection de vos renseignements personnels nous tient à cœur. Les personnes qui peuvent voir vos renseignements personnels sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les employés de Manuvie qui ont besoin de les voir pour faire leur travail;</li> <li>• les personnes à qui vous avez donné la permission.</li> </ul> <p>Pour en savoir plus sur la politique de confidentialité de Manuvie, allez sur le site <a href="http://manuvie.ca">manuvie.ca</a>.</p> <table border="1" data-bbox="456 1373 1549 1472"> <tr> <td data-bbox="456 1373 1260 1472">Signature du participant</td> <td data-bbox="1260 1373 1549 1472">Date (JJ/MM/AAAA)</td> </tr> </table> <table border="1" data-bbox="456 1472 1549 1570"> <tr> <td data-bbox="456 1472 1260 1570">Signature du patient</td> <td data-bbox="1260 1472 1549 1570">Date (JJ/MM/AAAA)</td> </tr> </table> <p>Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'exercice de leurs fonctions;</li> <li>• les personnes que vous avez autorisées; et</li> <li>• les personnes autorisées par la loi.</li> </ul> <p>Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.</p>	Signature du participant	Date (JJ/MM/AAAA)	Signature du patient	Date (JJ/MM/AAAA)
Signature du participant	Date (JJ/MM/AAAA)				
Signature du patient	Date (JJ/MM/AAAA)				
<p><b>9 Directives d'envoi</b></p>	<p>Marchés des groupes à affinités de Manuvie Règlements Maladie P.O. BOX 670, Station A Toronto (Ontario) M5W 5M4 Télécopieur : 1 800 987-0627</p> <p style="text-align: right;">Veuillez conserver une photocopie dans vos dossiers.</p>				